GECONTROLEERD DRINKEN

Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen

Redactie: R. Peeters en L. Taccoen

Met bijdragen van: G. Pype
J.P. Broothaerts
P. Standaert

VAD-uitgave nr. 2, 1990

Schildknechtstr. 9, 1020 Brussel - 02/422.49.69



VOORAF

Het begrip "gecontroleerd drinken" ontlokt bij velen erg ambivalente gevoelens.
Voor sommigen is het een enorme verleiding, voor de meesten een onduldbare provocatie.
Alhoewel er gedurende de laatste 15 jaar hierover reeds heel wat geschreven werd, blijft het een controversieel thema. Bovendien koppelt men hieraan ook een diskussie over "wat is eigelijk alcoholisme, een gedrag of een ziekte, en wat zijn dan de consequenties op gebied van kunnen drinken ?"

In deze brochure, de neerslag van een tweetal seminaries, wordt de meest relevante literatuur overlopen. De feitelijke discussie wordt niet echt hernomen en u vindt dienaangaande in dit rapport ook geen V.A.D.-standpunt.
De auteurs geven een bondig overzicht over standpunten, therapeutische betrachtingen zoals die vooral leven in het wereldje van de gedragstherapeuten.
In dit perspectief is deze beknopte bijdrage erg interessant en kan men stellen dat de auteurs in hun opzet zeker geslaagd zijn.

Stan Ansoms
Voorzitter V.A.D.

Wie gekonfronteerd wordt met het probleem van het alcoholisme, hetzij als familielid, hetzij als professionele hulpverlener botst op heel wat vragen:
"Hoe komt het dat iemand blijft drinken ondanks het feit dat hij weet dat het slecht voor hem is?" Hoe moeten we begrijpen dat mensen blijven drinken of opnieuw beginnen met, ondanks de vele schadelijke effecten van hun drinkgedrag? Welke factoren houden het drinkgedrag in stand en hoe kan dit drinkgedrag gestopt en/of gecontroleerd worden?

Grosso modo zijn er een tweetal "premissen", die de aard van het probleem omschrijven en proberen te begrijpen.

Een eerste opvatting beschouwt het alcoholgedrag als louter niet-aangepast en destructief.
Dit gedrag moet dan ook met alle middelen - morele overtuigingskracht, angstinductie en /of aversieve technieken - bestreden worden.

De oorzaak ligt dan in de aard van het middel of in de aard van de persoon.
In de aard van de persoon: hier komen begrippen naar voor als biochemische sensitiviteit, genetische predispositie en orale persoonlijkheid. Wat dit laatste betreft, zal wel niemand nog veel geloof hechten aan een mogelijke "predisponerende basispersoonlijkheid". Véél meer onderzoek echter gaat nu naar de mogelijke biochemische en genetische sensitiviteit.
Anderen blijven de oorzaak zoeken in de effecten van het middel zelf. Het verslaafd-zijn aan en door het middel is dan de reden waarom mensen blijven drinken. Dit ziekte-concept legt de verantwoordelijkheid buiten de persoon en ontdoet het drinkgedrag rap van zijn functionele implicaties.
In contrast hiermee is in de laatste jaren een nieuw model ontwikkeld. Dit model legt méér de nadruk op het drinkgedrag als "aanpassingsgedrag". Binnen dit denkmodel is het "verslavingsconcept" minder noodzakelijk om het in stand- houden van het aversief drinkgedrag te begrijpen.
Het feit dat alcoholgedrag een "aanpassingsgedrag" is dat af en toe belonend werkt, kan een voldoende voorwaarde zijn om te begrijpen waarom mensen blijven drinken.

Alcoholmisbruik kan dus begrepen worden als "aanpassingsgedrag". Het is evident dat deze term geen morele betekenis heeft. Wie vertrouwd is met therapie en psychologie, weet dat "ongewenst gedrag" en "aanpassingsgedrag" niet tegenstrijdig zijn. Het ongewenst aanpassingsgedrag wordt intermittent bekrachtigd en blijft op die manier in stand.

Het is hier niet onze bedoeling een polemiek te ontwikkelen of om de modellen tegen elkaar uit te spelen. Maar toch is het duidelijk dat een document met als titel "gecontroleerd drinken" méér aansluit bij deze laatste opvatting. Het is vanuit deze hoek dat controleverlies niet als een absoluut, maar als een relatief begrip begrepen wordt. We hopen dat de teksten die hier volgen voldoende genuanceerd zijn om niet in een polemiek verzeild te raken. Op de keper beschouwd kunnen gecontroleerd drinken en volledige abstinentie als complementaire doelstellingen geformuleerd worden. Wie er niet in slaagt zijn drinken onder controle te krijgen, zal wel best overstappen naar het volledig nuchter zijn, maar voor wie volledige abstinentie niet bereikbaar is, kan een poging om zijn drinken te controleren een eerlijke doelstelling zijn.

De werkgroep "Studie en Hulpverlening" heeft met deze brochure een dubbele bedoeling: wij willen op deze manier zowel de studie als de hulpverlening stimuleren.

L.Taccoen
Voorzitter van de werkgroep "Studie en Hulpverlening"

DE CONTROVERSE ABSTINENTIE VERSUS GECONTROLEERD DRINKEN

Een literatuurverkenning

G. PYPE

De vraag of mensen met alcoholproblemen nog normaal kunnen drinken na een behandeling is feitelijk zo oud als de wetenschappelijke benadering van de alcoholproblematiek zelf.
Reeds in 1962 publiceerde Davis (1962) een studie waaruit bleek dat sommige patiënten met alcoholproblemen na een klinische behandeling "normaal" dronken.
Pas twee jaar daarvoor had Jellinek (1960) verslaving gedefinieerd als een ziekte met o.a. als belangrijke component het controleverlies. Ook nu, nagenoeg 30 jaar later, blijkt de discussie over de mogelijkheid om "gecontroleerd" te drinken brandend actueel. Voor-en tegenstanders ontwikkelden en differentieerden elk hun oorspronkelijke hypothesen zonder tot een reële verzoening van de standpunten te komen.
Over dit nog in gang zijnde debat willen we u hier een stand van zaken bieden. We maken een onderscheid tussen drie standpunten en eindigen met onderzoeken over indicatiestelling in verband met de keuze van gecontroleerd drinken als behandelingsdoel.
We steunen ons onder andere op een uitgebreid debat dat hieromtrent plaatsvond en beschreven werd in het British Journal of Addiction in de volumes 81, 82 en 83 (1986, 1987 en 1988).

STANDPUNT 1 : DE NOODZAAK VAN DEFINITIEVE ABSTINENTIE

De aanhangers van blijvende abstinentie gaan er van uit dat alcoholverslaafden niet meer gecontroleerd kunnen drinken. Ze gaan uit van de "dependence-hypothese", van Edwards e.a. (1978) waarbij de begrippen tolerantie, ontwenningsverschijnselen en controleverlies de kern uitmaken van de defenitie van verslaving.
Stockwell (1986), een fervent aanhanger van de "dependence-hypothese", stelt dat patiënten die achteraf opnieuw normaal drinken niet verslaafd kunnen geweest zijn. Hij haalt het onderzoek aan Edwards e.a. (1983) die gedurende 10 jaar 100 gehuwde alcoholisten volgden.
Slechts 8 slaagden erin om gecontroleerd te drinken. Bij afname van de Severity of Alcohol Dependence Questionnaire behoorde niemand onder hen tot de categorie "severe dependent".
In zijn eigen klinische praktijk vond hij zelf ook niemand die er, na een verslavingsperiode, nog in slaagde gecontroleerd te drinken; althans niemand die voldeed aan de door hem gestelde criteria.

1. Tenminste gedurende 6 maanden alcohol gebruiken, minimaal 1 keer en maximaal 6 keer per week.
2. Maximale hoeveelheid per keer: 8 consumpties voor een man en 6 consumpties voor een vrouw.
3. Het drinkpatroon mag geen schade veroorzaken, noch op medisch-psychologisch, nog op sociaal vlak.
4. Er zijn voldoende psychologische gegevens beschikbaar die de afwezigheid van schade door het drinkpatroon bevestigen.
5. Geen gebruik van andere stemmingsbeïnvloedende drugs of medicatie.
6. Men verkeert vaak in de gelegenheid om meer te drinken dan het aangegeven patroon.

S. Blume (1987) wil nog verder gaan in het bepalen van het opnieuw normaal drinken. Niet alleen moet problematisch gedrag achterwege blijven, er moet ook een normaal psychologisch en sociaal functioneren aanwezig zijn.
Het drinkgedrag blijft stabiel en het drinken zelf moet meer voorstellen dan enkel een bewust gepland en rigied gecontroleerd sporadisch consumeren.
Zij is voorts van oordeel dat het niet verantwoord is om gecontroleerd drinken als behandelingsdoel te kiezen voor een ernstig verslaafd drinker.
Elk hervallen brengt immers onherroepelijke schade met zich mee. Aan haar patiënten legt ze het volgend dilemma voor: "Stel dat jij iemand van de 100 zwemmers bent die het Kanaal, dat krioelt van de haaien, wil overzwemmen. De officiëlen verzekeren je dat er hoogstens 4 op 100 de overkant bereiken.
Zou je het water induiken?"

Als derde vertegenwoordiger van de abstinentie-lijn vermelden we Reistrick (1987). Hij steunt zich op de hypothese van "irreversible neuro-adaptive change" van Littleton om abstinentie als enig valabel behandelingsdoel aan te prijzen. Onderzoek op biochemisch niveau (1986) wijst immers in de richting van een proces van irreversible of zeer-langzame-reversible membraanveranderingen in de hersenen. Het innemen van alcohol door de verslaafde zou daardoor steeds gevolgd blijven door ontwenningsverschijnselen (craving) ook na een lange abstinentieperiode. Deze irreversible membraanverandering staat dus het leren van een nieuwe S.O.R.-keten in de weg.

2. HET INTERMEDIAIRE STANDPUNT : GECONTROLEERD DRINKEN IS MOGELIJK DOCH MOEILIJK HAALBAAR

De aanhangers van dit standpunt pogen vooral de dependency-hypothese te verruimen met sociale en psychologische mechanismen.

2.1 De noodzaak tot verruiming.

De noodzaak tot verruiming komt allereerst door de vaststelling dat een deel ernstig verslaafde drinkers er toch in slagen achteraf gecontroleerd te drinken. Van de vele onderzoeken vermelden we er slechts twee:

Het ophefmakende Randrapport (Armor e.a. 1978) dat in 1978 verscheen en waarvan in 1981 een methodologisch verbeterde follow-up verscheen (Polish e.a. 1981), vermeldt dat op 922 behandelde alcoholisten 18 procent drinkt zonder problemen of zonder verslavingssymptomen over een periode van 4 jaar.
De auteurs geven toe dat niet alle patiënten als ernstig verslaafde drinkers kunnen worden gediagnostiseerd.
In 1987 publiceerden Nordström en Berglund een omvangrijke en degelijke follow-up over 1312 Zweedse patiënten behandeld voor alcoholisme tijdens de periode van 1949 tot 1969. In 1981/1982, het tijdstip van hun onderzoek, konden zij 55 (mannelijke) patiënten identificeren met een actueel bevredigende sociale aanpassing en wier vroegere status beantwoordde aan de criteria van ernstig verslaafde drinker. Elf onder hen bleven abstinent, 21 dronken gematigd en 23 gingen door met misbruik van alcohol.
Een tweede reeks vaststellingen ondermijnt de klassieke dependence-hypothese.
Men stelt namelijk vast dat er geen sluitend lineair verband is tussen de graad van verslaving en de mogelijkheid om achteraf gecontroleerd te drinken.
De prediktieve validiteit van het "dependence construct" is beperkt. Wanneer Nordström en Berglund (1987) de "gecontroleerde drinkers" vergeleken met de abstinenten konden zij geen significant verschil vinden wat betreft de ernst van de vroegere verslaving. Diverse onderzoekers, onder andere Kendell (1965), Heather and Robertson (1983), Orford and Keddie (1986), kwamen eerder tot gelijkaardige bevindingen.

2.2 De kritiek op de dependence hypothese.

De kritiek op de dependence hypothese is dat zij de fysische componenten van de verslaving namelijk, tolerantie en ontwenningsverschijnselen centraal stelt.
Uitbreiding van het dependence-construct met psychologische en sociale componenten zou een betere verklaring kunnen bieden voor de onderzoeksresultaten. Max Glatt (1987) onderzocht 350 gehuwde mannelijke verslaafde drinkers die gematigd wilden leren drinken. De overgrote meerderheid mislukte na 1 à 2 weken gemodereerd drinken. Enkelingen gelukten gedurende een paar maanden tot hoogstens een jaar, doch regelmatig werd het afgesproken maximum overschreden en waren er gedragsstoornissen. Voor onze populatie, aldus Glatt, leek het verwerven van controle niet alleen geassocieerd met het middel (bijvoorbeeld de concentratie en de hoeveelheid van de drank en de snelheid van inname) maar ook met milieufactoren en de persoonlijkheid, elk in dynamische interacties met elkaar.
Zo lukt iemand er wel in gematigd te gebruiken wanneer het een licht bier of wijn betrof, (het middel), in gezelschap van matige gebruikers of van de echtgenote (milieu), bij een goede maaltijd (het fysiologisch effekt), of onmiddellijk voor een belangrijke gebeurtenis en vooral bij een ontspannen en milde geestesstemming (het psychologisch aspect).

Omgekeerd herviel dezelfde persoon in ongecontroleerd drinken bij inname van sterke drank (het middel), bij alleendrinken of in gezelschap van hevige drinkers (milieu), of op een lege maag (het fysiologisch aspect), en vooral wanneer men zich depressief, angstig, gespannen, wrevelig, vermoeid voelde of men zich verveelde (het psychologisch aspect). Glatt vervolgt dat verslaafden geen absoluut controleverlies hebben, maar wel een **relatief controleverlies**.
Het is een variabele eigenschap die bij de meesten intermittent progressief voorkomt. Zolang de algemene gang van zaken goed loopt en de persoonlijke en de milieu-condities gunstig zijn, kunnen sommigen matig drinken. Vroeg of laat evenwel doet de baas onredelijk, gaan de zaken slecht of zeurt de partner en valt het vermogen tot controle weg.
Glatt besluit dat het controleverlies bij ernstig verslaafden niet alleen te wijten is aan een biochemische factor, maar aan de complexe interactie van deze factor met psychosociale, psychofarmacologische en psychosomatische factoren.
Gezien deze complexe interactie, is het opnieuw leren gecontroleerd drinken slechts voor weinigen succesrijk.

2.3 Orford en de "overtuigingshypothese".

In dezelfde lijn als Glatt brengt Orford (1987) de "overtuigingshypothese" aan, in plaats van het "dependence-model". Het gaat om een cognitieve benadering met aandacht voor persoonlijke en sociale aspecten. Gecontroleerd drinken heeft meer kans op slagen naarmate het individu zelf meer overtuigd is dat hij kan lukken. Men steunt hierbij op de combinatie van zijn eigen ervaring en de aanmoediging van anderen. Het heeft minder slaagkansen wanneer deze condities niet aanwezig zijn.
Een tweede hierbij aansluitende hypothese is **ecologisch en sociaal.** De oplossingen voor het dilemma van de verslaving moet bekeken worden in het kader van hun beschikbaarheid in het "natuurlijk milieu", zo vervolgt Orford. In sommige milieus in Groot Brittanië is abstinentie geen voor de hand liggende oplossing aangezien in deze milieus slechts een kleine groep abstinent blijft. Voor de meeste vrouwen en ook voor andere mensen, mensen uit andere milieus, is abstinentie wel een meer aanvaard gedrag en dus minder problematisch als oplossing.
Tenslotte merkt Orford op dat er de laatste jaren meer aandacht gaat naar de eerstelijnszorg voor verslaving en naar de opvoeding van mensen omtrent misbruik. De geleidelijk verlagende drempel voor behandeling en de popularisering van de behandelingsmethoden laat toe meer genuanceerde doelstellingen dan louter abstinentie aan te bieden.

2.4 T. Stockwell.

In zijn ultieme commentaar op het debat gehouden in het British Journal of Addiction (1988) gaat T. Stockwell akkoord met de visie dat "Alcohol dependence" ook als psychologisch concept moet gezien worden. Ontwenningsverschijnselen en tolerantie zijn onderhevig aan leerprocessen.

De moeilijkheid is echter deze subjectieve fenomenen in objectieve termen te operationaliseren. Hij stelt voor de SADQ verder te verfijnen zodat men kan voorspellen of iemand kan terugkeren naar gecontroleerd drinken en benadrukt het belang van deze verfijning voor een goede diagnosestelling van het dependence-syndroom.

3. HET PRAGMATISCH STANDPUNT: GECONTROLEERD DRINKEN ALS MOGELIJK BEHANDELINGSDOEL

Aanhangers van dit standpunt komen uit de hoek van de cognitieve gedragstherapie.

3.1 William R. Miller.

Koploper is zeker William R. Miller die sinds midden de jaren zeventig intensief therapeutisch werk en onderzoek doet met gedragstherapeutische programma's voor probleemdrinkers.
Het verschil met de twee bovengenoemde strekkingen is dat Miller en medewerkers een degelijk therapieprogramma aanbieden om de probleemdrinkers te leren opnieuw matig te gebruiken.
Uit een reeks opeenvolgende onderzoeken (Miller, 1980, 1983) blijkt dat verschillende trainingsprogramma's, met onder andere zelfhulpinstructies en bibliotherapie, een succesrate van 80 tot 85 procent op korte termijn en van 70 tot 80 procent na 2 jaar geven. Miller wil defenitief afrekenen met wat hij de mythe van abstinentie als enige valabele doelstelling noemt. Zich steunend op een immens uitgebreid literatuuronderzoek naar de effectiviteit van therapeutische methoden bij ontwenning (Miller, 1980) argumenteert hij dat de programma's voor gecontroleerd drinken na 2 jaar follow-up resultaten opleveren die vergelijkbaar zijn met die van de programma's voor abstinentie.
Het succes van gecontroleerde drinkers bedraagt ongeveer 65 procent en ze hervallen niet eerder dan de abstinenten.
De laatste jaren concentreerden Miller en zijn medewerkers zich in het bijzonder op de motiveringstechnieken om probleemdrinkers tot gedragswijziging te brengen. Gebrek aan motivatie is niet zozeer een eigenschap van de drinkers, maar veeleer van de interactie tussen de helpers en de cliënt.
De vrees voor een te negatieve etikettering (je bent alcoholist) en de druk om abstinent te blijven, werken de ontkenning in de hand. Met de methode van het "Motivationeel interview" brengt Miller een aantal principes en strategieën aan om de welbekende klippen en gevechtsstellingen van de aanvankelijke gesprekken met probleemdrinkers te doorbreken (Miller 1983 b).
De gedragstherapeutische methoden van Miller vonden veel weerklank in Nederland. Toepassing van motiverings- en behandelingsmodellen gebeuren heden ten dage onder andere door Schippers (1981), van Emst (1985), Walburg (1980) en Van Bilzen (1984).

3.2 Linda en Mark Sobell.

Twee andere eminente vertegenwoordigers van het pragmatisch standpunt zijn het Amerikaanse echtpaar Linda en Mark Sobell. In antwoord op T. Stockwell (Sobell en Sobell, 1987) vinden ze het verbijsterend dat talrijke behandelaars matig drinken als behandelingsdoel afwijzen. De sobell's geven toe dat abstinentie een lovenswaardig en verlangenswaardig doel is voor ernstig verslaafden, doch menen dat er te weinig evidentie is dat de huidige behandelingsprogramma's ook effectief tot dit doel leiden. Het is één ding te zeggen dat een alcoholieker niet meer mag drinken, een ander is dit te bewerkstelligen. Het succes van de conventionele behandelingsmethode lijkt vaak nauwelijks hoger te liggen dan het natuurlijk genezingsproces. Dat blijkt uit het geciteerde onderzoek van Vaillant (1980).

Uit hun eigen onderzoek en uit jarenlange klinische praktijk blijkt verder dat gecontroleerde drinkers het beter stellen dan degenen die abstinentie proberen in een conventioneel programma. De gecontroleerde drinkers hebben minder dagen van excessief drinken en tot hun verbazing ook meer dagen van abstinentie.

De Sobell's verklaren het resultaat door de kwaliteit en de intensiviteit van hun gedragstherapeutische programma's en het respect dat ze opbrengen voor de persoonlijke keuze van de patiënt. Zij pleiten verder voor het oprichten van centra waar niet alleen ernstig verslaafden maar ook probleemdrinkers een serieus programma aangeboden krijgen. Deze laatsten zijn talrijker en kunnen, mits een goede begeleiding, vaak terugkeren naar matig drinken.

Tenslotte zou ook nog meer onderzoek moeten gebeuren naar de perceptie van de positieve effecten van alcohol. Veel aandacht ging reeds naar alcohol als ontsnappings- of ontwijkingsgedrag, doch men weet dat sommigen de roes op zichzelf als positieve toestand waarderen.

3.3 Het standpunt van F. Duckert.

We eindigen het debat met de weergave van het genuanceerde standpunt van F. Duckert (1987) uit Noorwegen. In de Skandinavische landen is de controverse grotendeels achter de rug.

Reden voor deze ontwikkeling is onder andere het snel toegenomen aantal professionelen in de sector van de verslavingszorg. De laatste 10 jaar is het aantal psychologen (in Noorwegen) van 5 naar 100 gestegen. Veelal zijn het gedragstherapeuten met sterke interesse voor wetenschappelijke methodes.

Daardoor is er een beweging weg van het medisch ziektemodel naar het model van sociaal leren. Er is ook interesse van de autoriteiten: **het drankprobleem is breder dan dat van de ernstig verslaafden.** Probleemdrinkers, zelfs ernstige drinkers vertonen een zeer grote variatie in hun gebruik van alcohol en ze kunnen in specifieke situaties hun gebruik vaak matigen. Ook leeftijdsfasen spelen een belangrijke rol.

De criteria die Stockwell voorstelt houden geen rekening met deze gegevens.

Ze zijn eerder normatief en impliceren dat slechts één drinkpatroon aanvaardbaar is, namelijk hoge frequentie/lage dosering bij gecontroleerd drinken. Ook de voorwaarde in

verband met medische, sociale, financiële problemen is even goed afhankelijk van de omgeving en de persoonlijkheid als van het drinken zelf.
Een logisch voorstel kan een relatieve reductie van de hoeveelheid gebruikte alcohol zijn.
Dit kan op verschillende wijzen gerealiseerd:

a) minder frequent drinken, zelfs al is de hoeveelheid gelijk
b) even vaak als vroeger, maar telkens de hoeveelheid verminderen
c) minder frequent en kleinere hoeveelheid

Er is overigens geen dramatisch verschil tussen abstinentie en vermindering van het gebruik. In beide gevallen moet men veelal dezelfde problemen aanpakken: het voorzien en het omgaan met een innerlijke craving, sociale druk weerstaan, voorkomen dat een slippertje uitgroeit tot relapse-drinken, enzovoort.
Abstinentie en matig drinken moeten niet gesteld worden als antagonisten. Beide doelstellingen kunnen adequaat zijn in verschillende fasen van het leven.
Zo leert eigen klinische ervaring dat ernstig verslaafde drinkers het goed stelden met een combinatie van abstinentie als regel en matig drinken in vooraf geplande situaties.
Wanneer het doel is het alcoholgebruik te reduceren, is het vaak nuttig perioden van abstinentie in te voeren, of het drinken te vermijden in "high-risk"-situaties.
Het gebruik van antabuse kan de persoon helpen om het drinken te voorkomen in situaties waarin hij beslist heeft niet te drinken. Maar dan moet dit gebruik wel met zijn eigen instemming gebeuren en niet gedwongen zijn.
Veel therapeuten voelen zich comfortabeler als ze waarschuwen voor de alternatieve abstinentie. Men kan de patiënt afwijzen wanneer deze toch gecontroleerd poogt te drinken en deze poging mislukt. De therapeut treft dan geen blaam. Hij kan dan een waarschuwende vinger opsteken en beloftes afdwingen voor toekomstige abstinentie. Comfortabel voor de therapeut - maar "interessanter" voor de patiënt.
Duckert besluit dat de resultaten van de behandeling in het veld van alcoholisme verre van indrukwekkend zijn. Een goede efficiënte aanpak bestaat nog niet.
Het is absoluut nodig onze geest open te houden, ook al vraagt dit tijd en inspanning om te proberen. Het debat rond gecontroleerd drinken is een stimulans geworden voor interesse en onderzoek. In zijn opvatting kan het noch het veld, noch de patiënt schade toebrengen.

4. INDICATIESTELLING VOOR GECONTROLEERD DRINKEN

Onderscheid wordt gemaakt tussen patiënt-variabelen, therapeut-variabelen en sociale factoren.

4.1 Patiënt-variabelen

a) Ernst van de verslaving.
Vrijwel alle auteurs gaan akkoord dat hoe ernstiger de verslaving is, hoe minder kans er bestaat op een succesvolle terugkeer naar gematigd drinken : Miller (1983 a), Sobell en Sobell (1987), Heather and Robertson (1983).

Brugman (1985) onderscheidt hierbij de volgende criteria:

- de duur van het alcoholprobleem, niet langer dan 10 jaar (Miller, 1983 a).
- de hoeveelheid alcohol die gedronken wordt: men is meer en meer geneigd de frequentie van het peak-drinken van de laatste 6 maanden als norm te geven (Stockwell, 1988).
- het aantal ziekenhuisopnames en het aantal justitiële contacten in verband met alcohol: hier wordt geen grens genoemd.
- de mate van fysische afhankelijkheid: over dit criterium zijn de meningen verdeeld, doch doorgaans beveelt men een abstinentieperiode aan, vooraleer te experimenteren met gematigd drinken.
- fysische problemen (bijvoorbeeld leverlijden) en neuropsychologische deterioratie worden algemeen als tegenindicatie aanvaard Miller (1983), Schippers (1985), Brugman (1985).

b) De leeftijd.
Hoe jonger, hoe beter de prognose; Miller (1983 a) stelt een 40 jaar als leeftijdsgrens.

c) Het geslacht.
Vrouwen hebben een betere prognose dan mannen (Brugman, 1985).

d) Het voorkomen van alcoholverslaving in de familie: afwezigheid van verslavingsproblemen bij vroegere of actuele siblings biedt een beter vooruitzicht op slagen.

e) Het vroegere drinkpatroon.
Heeft men voor de periode van verslaafd drinken lange tijd sociaal gebruikt, dan is dit een positieve indicatie voor gecontroleerd drinken; gedrag dat vroeger lang aanwezig was, kan eenvoudiger opnieuw geleerd worden (Brugman, 1985).
f) De houding en de wensen van de patiënt.
De overtuiging van de patiënt dat hij kan leren gecontroleerd drinken (zie infra J. Orford, de wens en de persoonlijke bereidheid van de cliënt om een veelal moeilijk leerproces aan te gaan zijn cruciaal) (Miller, 1983 b).

4.2 Therapeut-variabelen.

De houding van de therapeut en de kwaliteit van de aangeboden therapie zijn eveneens van groot belang.
a) Eerst en vooral dient de therapeut aan te nemen dat gecontroleerd drinken een valabel doel is en dient hij een dergelijk specifiek therapeutisch leerproces aan te bieden (Sobell en Sobell, 1987).

b) Een acurate empatische houding en een intensief motiveringsprogramma blijken evenzeer bepalend voor het slagen van de therapie (Miller, 1980).

De houding van de therapeut en de kwaliteit van de aangeboden therapie zijn eveneens van groot belang.
a) Eerst en vooral dient de therapeut aan te nemen dat gecontroleerd drinken een valabel doel is en dient hij een dergelijk specifiek therapeutisch leerproces aan te bieden (Sobell en Sobell, 1987).

b) Een acurate empatische houding en een intensief motiveringsprogramma blijken evenzeer bepalend voor het slagen van de therapie (Miller, 1980).

c) Tenslotte blijken programma's gebaseerd op kognitief-gedragstherapeutische principes en systeem-therapeutische technieken het meest efficiënt zowel bij gecontroleerd drinken als bij abstinentie als behandelingsdoel (Schippers, 1985).

4.3 Sociale factoren.

De houding van de sociale omgeving ten opzichte van gecontroleerd drinken, zowel als de sociale situatie van de patiënt zelf dienen in rekening gebracht.

a) Orford en Keddie (1986) vonden dat het al-of-niet getolereerd worden van een bepaald doel (abstinentie of matig drinken) een invloed heeft.
Daarnaast is de instemming van de direkte sociale omgeving eveneens bepalend (Polich, 1981).

b) Aanwezigheid van de volgende factoren in de actuele sociale status werken gunstig (Brugman, 1985): een duurzame relatie, vast werk, financiële stabiliteit en een vaste woongelegenheid.
Tenslotte zouden ook patiënten uit hogere sociale middens (inkomen/opleiding) bevoordeligd zijn in het lukken ten opzichte van patiënten uit lagere sociale klassen.

4.4 Tot slot:

De vraag omtrent de indicatiestelling voor gecontroleerd drinken kan best beginnen met het onderzoek van de attitude en van het specifieke therapieaanbod van de therapeut zelf. Factoren verbonden met de patiënt zijn onder andere het slagen, de duur, de aard en het patroon van het vroegere drinkgedrag en het familiaal drinken. Ook de sociale omstandigheden zijn betekenisvol.
We eindigen met het advies van Sobell en Sobell (1987): het beste resultaat wordt bereikt met het aanbieden van beide doelstellingen als keuzemogelijkheid (abstinentie/gecontroleerd drinken) mits ook een acuraat therapeutisch programma aan te bieden. Ernstig verslaafden zijn vaak het best gediend met abstinentie, probleemdrinkers met gecontroleerd leren drinken.

Samenvatting

We bespraken aan de hand van de literatuur de continue controverse tussen voor-en tegenstanders van gecontroleerd leren drinken. De tegenstanders die vooral uit de medische hoek komen, blijken zich vooral te richten tot de populatie van ernstig verslaafden en zij argumenteren dat controleverlies een wezenlijk bestanddeel is van de verslaving. De voorstanders - voornamelijk cognitieve gedragstherapeuten - richten zich zowel op ernstig verslaafden als op probleemdrinkers. Zij argumenteren dat verslaafd gedrag kan afgeleerd en matig drinken opnieuw kan geleerd worden. Sommigen nemen een intermediaire positie in: het is theoretisch mogelijk gecontroleerd te leren drinken, maar de realiteit is te komplex om het leerproces voldoende te generaliseren en te continueren.
Wat betreft de indicatiestelling vroegen we aandacht te hebben niet alleen voor de patiënt-variabelen, maar ook voor de therapeut-variabelen en voor de sociale condities.

LITERATUUR

1. Armor, D.J., Polich, J.M. and Stambul, H.B. Alcoholism and treatment, N.Y. Wiley, 1978.

2. Blume, Sheila, Shark Infested Seas, British Journal of Addiction, 1987, 82, pp. 239-243.

3. Brugman, G.W. Indicaties voor gecontroleerd drinken als behandelingsdoel bij cliënten met alcoholproblemen. Gedragstherapie 1985, 18, 1, pp. 47-52.

4. Davis, D.L. Normal drinking in recovered alcohol addicts. Quaterly Journal of Studies on alcohol, 1962, 23, pp. 94-104.

5. Duckert, Fanny, A necessary debate. British Journal of Addiction, 1987, pp. 249-250.

6. Edwards, G. The alcohol dependence syndrome: usefulness of an idea, in: G. Edwards en M. Grant (eds) Alcoholisme, Medicine and Psychiatry: New knowledge and new responses, London Croom Helm, 1978.

7. Edwards, G., Duckitt, A., Oppenheimer, E., Sheenan, M., en Taylor, C., What happens to alcoholics? The lancet, 1983, pp. 269-271.

8. Glatt, M., Is safe controlled drinking possible? British Journal of Addiction, 1987, 82, pp. 247-249.

9. Heather, N. and Robertson, I. Controlled drinking, London, Methuen, 1983.

10. Jellinek, E.M. The disease concept of alcoholism. New Brunswick, Hilhouse, 1960.

11. Kendell, R.E. Normal drinking by former alcohol addicts. Quaterly Journal of studies on alcohol 1965, 26, pp. 247-257.

12. Littleton, J. Basis science and alcoholism, British Journal of Addiction, 1986, 81, pp. 450-453.

13. W.R. Miller (Ed) The addictive behaviors, Oxford, Pergamon Press, 1980.

14. Miller, W.R., Schippers, G.M. effekten van een zelfkontroleprogramma voor probleemdrinkers. Tijdschrift voor alcohol, drugs en andere psychotrope stoffen, 1983, 9, pp. 107-112.

15. Miller, W.R., Controlled drinking: A history and critical review. Journal of studies on alcohol, 1983 a, pp. 68-83.

16. Miller, W.R., Motivational interviewing with problem drinkers. Behavioral psychotherapy, 1983 b, 11, pp. 147-172.

17. Nordström, g., Berglund, M.,: A prospective study of succesful long-term adjustment in alcohol dependence-social drinking versus abstinence. J. Stud. Alcohol 1987, 48, pp. 95-103.

18. Orford, J. and Keddie, A., Abstinence or controlled drinking in clinical practice. British Journal of Addiction 1986, 81, pp. 495-504.

19. Orford, J. Keep the debate open. Britsh Journal of Addiction, 1987, 82, pp. 250-253.

20. Polich, J.M., Armor, D.J., and Braiker, H.B. The course of alcoholism: four years after treatment N.Y. Wiley, 1981.

21. Raistick, D., Abstinence is best resumed, 'normal' drinking does occur. British Journal of Addiction. 1987, 82, pp. 243-245.

22. Schippers, G.M. Alcoholgebruik en alcoholgerelateerde problematiek. Lisse, Swets en Zeitlinger, 1981.

23. Schippers, G.M., William R. Miller, Een gedragstherapeut met visie op verslaving. Gedragstherapie 1985, 1, pp. 87-103.

24. Sobell, Mark B. en Sobell Linda C., Stalking with elephants. British Journal of Addiction, 1987, 82, pp. 245-247.

25. Stockwell, T., Cracking an old cresnut: is controlled drinking possible for the person who has been severly alcohol dependent? British Journal of Addiction, 1986, 81, pp. 455-456.

26. Stockwell, T., Can severly dependent drinkers learn controlled drinking? Somming up the debate. British Journal of Addiction, 1988, 83, pp. 149-152.

27. Van Bilzen, H., A. Van Emst en G.M. Schippers, Probleemdrinken? Een motivatiegesprek over alcoholproblemen. Videoproduktie AV-dienst A Faculteiten Kath. Univ. Nijmegen 1984.

28. Van Emst, J.A. Een ambulante zelfcontrolegroep voor excessieve drinkers.

Gedragstherapie 1985, 18, 1, pp. 63-76.

29. Vaillant, G.E. The doctor's dilemma, in G. Edwards en M. Grant (Eds) Alcoholism treatment in Transtion London Croom Helm, 1980, pp. 13-31.

30. Walburg, J.A. Een ambulante zelfcontrolegroep voor excessieve drinkers. Gedragstherapie, Deventer, Van Loghum Slaterus, 1980.

31. Is controlled drinking possible for the person who has been severly dependent? British Journal of Addiction, 1987, 82, pp. 237-255.

THEORETISCHE ACHTERGRONDEN VAN GECONTROLEERD DRINKEN[1]

J.P. BROOTHAERTS

Inleiding

Nadat Geert PYPE duidelijk de polemiek rond het gecontroleerd drinken geschetst heeft, zal ik nu proberen het onderwerp in een theoretisch kader te plaatsen. Het is vanzelfsprekend dat de hiernavolgende opvattingen mijn voorkeur weergeven en dat er geen exhaustieve behandeling van alle mogelijke theoretische modellen aan bod zal komen. De bedoeling is duidelijk de moeilijkheden aan te geven die zich zullen stellen in de klinische praktijk en waarop Paul STANDAERT een antwoord zal formuleren in zijn voordracht over de klinische benadering.
Achtereenvolgens belicht ik de volgende punten:

1. Vanuit welke gegevens, observaties men tot deze opvatting, tot deze doelstelling gekomen is.
2. Dat gedragstherapie de voor de hand liggende integratie bood vanuit theoretisch en klinisch oogpunt.
3. Netwerkmodellen als theoretische achtergrond, en de implicaties voor de theoretische aanpak.
4. Voor welke cliënten deze doelstelling nu geldt.

1. DE AANLEIDINGEN

1.1. Onderzoeken in de literatuur op het einde van de jaren '70

Op het einde van de jaren '70 verschijnen enkele onderzoeken die de individuele drinkgeschiedenissen van alcoholisten beschrijven (Saunders, 1979; Tuchfeld 1981). Dit soort onderzoek was tot hiertoe verwaarloosd omdat men er van uitging dat alcoholgebruik zich gradueel tot excessief ontwikkelt en dat bijgevolg het verzamelen van gegevens beperkt bleef en blijft tot het huidige drankgebruik.
Uit de analyse van de individuele profielen blijkt echter dat er eerder sprake is van unieke drinkpatronen, dan van een typisch verondersteld patroon.
In elke drinkgeschiedenis vindt men: stabiele vorm van alcoholgebruik die korte maar ook jarenlange perioden kunnen beslaan; er kan plots staken optreden maar ook langzame afname, excessief drinken en matig drinken kunnen afwisselen; enz.

Daarenboven is men verrast door het aantal *"spontane remissies"*,zonder enige vorm van hulpverlening. Aanwijzigen hiervoor komen ook uit het *"life-event"* onderzoek dat wijst op de invloed die professionele bedrijvigheid, gezin, vrije tijd

---

[1] Voordracht gehouden op de V.A.D.-workshops georganiseerd in de psychiatrische kliniek te Tienen en te Pittem, respectievelijk op 12.10.1988 en 09.11.1988.

blijken te hebben op het zelf veranderen van drinkgewoonten (Heather & Robertson, 1981).
Deze observatiegegevens doen bij sommigen de vraag rijzen of alcoholisme toch wel zo'n ongeneeslijke ziekte is waartegen geen kruid gewassen is. En belangrijker: hoe komt het dat studies (Davies 1962; Drew 1968), die deze fenomenen reeds 20 jaar beschreven, nooit de weerklank kregen die ze wetenschappelijk verdienden?

1.2. Exclusieve toepassing van de ziekteopvatting op excessief drinken

Een antwoord hierop vinden we in de exclusieve toepassing op excessief drinken. Zonder aan de verdiensten van het medisch model afbreuk te willen doen, zoals onder andere de stigmatisering van de alcoholist als wilszwak, laag moreel en dergelijke en het scheppen van medische verzorging voor hen die het nodig hebben, kan dit model met zijn monocausaal denken veel gegevens niet integreren, waardoor het heel wat observatieresultaten gedwongen moet negeren. Als we de hierboven geciteerde variabiliteit bekijken, blijft er weinig ruimte voor een ziekteopvatting die zich met haar oorzaak, symptomatologie en syndroomideeën onttrekt aan de geconstateerde individuele verschillen (Schippers, 1981).
Het is dan ook het verlaten van monocausale denkmodellen ten voordele van een multicausaal-interactief denken dat toelaat sociaal culturele en individueel psychologische factoren te betrekken in de theorievorming.
Anders geformuleerd betekent dit dat daar, waar binnen het medisch model alleen plaats is voor abstinentie als doelstelling, nu ook andere doelen kunnen overwogen worden, zoals gecontroleerd drinken.

1.3. Sociaal-cultureel standpunt

Vanuit sociaal-cultureel oogpunt in een maatschappij waar drinken als het ware van kleinsaf geleerd wordt, waar het drinken geritualiseerd wordt, waar sociaal drinken de norm is, is gecontrolleerd drinken tot doel stellen, indien te realiseren, dan niet te verkiezen boven totale abstinentie? In deze contekst merken Lloyd e.a. (1975) op dat het doel abstinentie eerder als een stressor werkt en de vraag om terug sociaal te drinken, in een maatschappij waar de eisen hieromtrent veelvuldig zijn, niet meer dan gerechtvaardigd is.
Deze gedachtengang van *"leren omgaan met"* heeft tegelijkertijd ook heel wat implicaties voor preventie (Schippers, 1979).
In deze contekst wordt de vraag naar de kwaliteit van het leven naar voren geschoven.

1.4. De bevindingen van transpsychotherapeutisch onderzoek

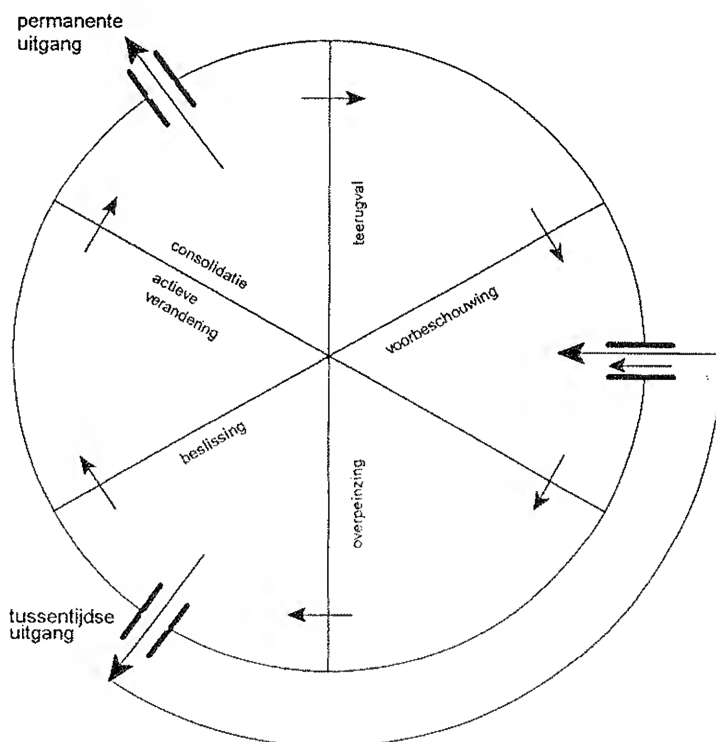
De bevindingen van transpsychotherapeutisch onderzoek door Prochaska & Di Clemente (1984; 1986) leiden tot het formuleren van een model van verandering in het psychotherapeutisch proces. In dit kader toegepast op verslavingsgedrag, formuleerde Miller (1983 a, 1985, 1988) zijn model van *"motivationel interviewing"* in de eerste plaats

voor alcoholisten maar later ook herwerkt en toegepast op bijvoorbeeld heroïnegebruikers (Van Bilsen, 1985, K. Denissen, 1987).

Daar de verdere bespreking en ook het programma, gepresenteerd door Paul STANDAERT, gebaseerd is op deze inzichten, ga ik iets verder in op de essentialia.

In het veranderingsmodel (zie figuur 1) kan men de volgende stadia onderscheiden:

Figuur 1: Stadia van verandering (naar Prochaska & Di Clemente, 1984)



- **de precontemplatie:** de persoon is zich van geen probleem bewust, maar anderen misschien wel, bijvoorbeeld de echtgenote, de baas op het werk.
- **de contemplatie:** men wordt zich bewust van het probleem maar een beslissing tot verandering is nog niet genomen.
- **beslissingsfase:** overgang van overpeinzing naar actie. De persoon gaat iets doen aan zijn probleem.
- **actieve verandering:** de daadwerkelijke gedragsveranderingen gebeuren.
- **consolidatie:** de verworven veranderingen moeten behouden worden zoniet kan men terugvallen in een voorafgaand stadium.

Voor al deze stadia wordt geformuleerd welke psychotherapeutische processen er in aan bod komen en hoe men van de ene fase naar de andere overstapt.

Miller (1983 a) beklemtoonde dat de meeste drinkers zich aanbieden in het (pre)contemplatieve stadium. Het heeft dan ook weinig zin om over therapie met als doel bijvoorbeeld abstinentie te praten, omdat de cliënt daar niet aan toe is. De cliënt zal moeten gemotiveerd worden om naar het actieve veranderingsstadium over te gaan. Expliciet wordt dan ook gesteld dat de cliënt sociaal drinken als doel kan vooropstellen, waarvoor hij gemotiveerd is en waar kan mee gewerkt worden. Waarom zou de cliënt eerst in de goot moeten gelegen hebben om gemotiveerd te zijn en veel sociale, psychische en fysieke schade moeten ondervonden hebben als het anders kan?
In plaats van de therapeutische mislukkingen toe te schrijven aan de "ontkenning" van het alcoholist zijn, aan de "weerstand" tegen therapie, zouden we ons misschien kunnen afvragen hoe we deze problematiek kunnen aanpakken (Miller, 1983 a).

1.5. Het falen van de behandelingen

In een excellent overzicht van de wetenschappelijke literatuur van 1979 omtrent alcoholhulpverlening stellen Miller & Hester (1980) vast dat er wel veel behandelingswijzen bestaan (een 20-tal), maar dat meestal geen enkel bewijs van hun effectiviteit kan gevonden worden (farmacotherapie, AA, alcoholeducatie, psychoanalyse, counseling, enzovoort). Er is een ontstellend gebrek aan goed opgezette en uitgevoerde wetenschappelijke studies.
De alternatieve behandelingswijzen die wel resultaten opleveren, blijken geen enkele invloed te hebben op de toegepaste, meestal residentiële behandelingsprogramma's. Deze vaststellingen zetten dan ook de deur open voor andere doelstellingen en hulpverleningsvormen (Schippers, 1979).

2. DE CONSEQUENTIES

We kunnen nog zo wel enkele punten aanhalen om aan te tonen dat op het einde van de jaren '70 de tijd rijp was voor alternatieven in de verslavingszorg. Het ligt voor de hand dat het verlaten van het ziektemodel, het rekening houden met individuele verschillen, het betrekken van de sociaal-culturele invloeden, aan-en afleren van gedrag, het residentiële failliet, in de eerste plaats paste binnen het kader van de gedragstherapie.
Ik bedoel hiermee de huidige opvatting, die rekening houdt met cognitieve, emotionele en gedragscomponenten, gebed in een sociale omgeving en niet een operante karikatuur toegepast op de behandeling van alcoholproblemen. Er werd een nieuw tijdschrift "Addictive Behaviors" gecreëerd waar deze alternatieve zienswijze kon aan bod komen.

Uit een overzicht van de wetenschappelijke literatuur van 1979 tot 1985 door Miller & Hester (1988 a) blijkt de volgende stand van zaken:

- doel abstinent versus gecontroleerd drinken: er is geen enkele studie die bewijst dat abstinentie tot superieure resultaten leidt.
- ambulante versus residentiële setting: de resultaten in ambulante settings en dagklinieken zijn superieur aan de residentiële, die zelfs het niveau van spontane remissie of van minimale interventies niet overstijgen. Dit is voornamelijk te wijten aan de standaardprogramma's die worden aangeboden en veel te weinig ruimte laten voor therapie op maat (cfr. de ziekteopvatting).

Technieken die wel resultaten opleveren zijn:
- zelfcontrole
- echtpaarinterventies
- sociale vaardigheidstraining
- stress management
- community reinforcement

Vanzelfsprekend geldt ook hier dat deze technieken niet zomaar standaard moeten worden toegepast.

De verandering in het denken over de verslavingszorg gaat dan ook in de richting van een model dat:
- excessief drinken en de problemen die daaruit voortvloeien als de gevolgen van een (slechte) gewoonte,
- met het gebrek aan motivatie kan gewerkt worden,
- binnen een ambulante setting kan gewerkt worden,
- verschillende doelen aanvaardbaar zijn.
(Schippers, e. a., 1988)

Het gecontroleerd drinken roept onmiddellijk de vraag op naar het hoe. Ik zal proberen een schets te geven van de problematiek vanuit het netwerkmodel (ook representatie of schemamodellen genoemd) voortbordurend op de ideeën van Robertson (1986). Voor een overzicht van representatietheorieën verwijs ik naar Van den Bergh en Eelen (1984, 1986).

3. GECONTROLEERD DRINKEN: MOGELIJK,

Netwerkmodellen of representatieopvattingen (Bower, 1986; Lang, 1985) impliceren de voorstelling van kennisstructuren in het geheugen in een propositionele samenhang. De kennis kan ook gepresenteerd worden als een verzameling van knopen (bijvoorbeeld concepten), verbonden door specifieke associatieve relaties (in neo-associatieve zin) en georganiseerd in een hiërarchisch netwerk. Op deze wijze kan de stimultie van één knooppunt, intern, of extern, aanleiding zijn tot een proces van zich verplaatsende activatie. De netwerken kunnen in coherentie variëren.
Ook emoties kunnen gepresenteerd worden in een netwerk met als elementen: een betekeniscomponent, een fysiologisch en een motorisch component.

Daar elk individu nu eenmaal een eigen geschiedenis heeft, ontwikkelt iedereen ook zijn eigen idiosynchratische emotionele schema's (=soort prototypische representatie, een geheel van sterk samenhangende proposities), zijn eigen individuele responsstereotypie. Hier situeren zich dan ook vrij lage correlaties die kunnen gevonden worden tussen de drie componenten van een emotie.
Elk van deze componenten kan de andere activeren.

De verwerking van de informatie gebeurt op 2 manieren:

- automatisch: als respons op een bepaalde intern of extern gegenereerde input worden schema' geactiveerd. Dit proces verloopt: niet intentioneel, snel, niet interpretatief, parallel en resistent aan verandering
- gecontroleerd: het proces verloopt traag, intentioneel, serieël en introspectief toegankelijk.

In dit kader ontmoeten we onze cliënt die in termen van Prochaska & Di Clemente (1986) de fase van voorbeschouwing en beschouwing voorbij is en de beslissing neemt zijn alcoholgebruik te veranderen. Hij wil het beter doen op het werk, meer met de kinderen spelen, meer aandacht geven aan de vrouw enzovoort. Hij is geaxeerd op het probleem, maar wat als zijn vriend plotseling voorstelt om na het werk zoals gewoonlijk iets te gaan drinken?

Onze cliënt zal geconfronteerd worden met het feit dat zijn nieuwe gedragsintenties staan ten opzichte van schema's die sterk geassocieerd zijn met een uitgebreid gamma van interne en externe cues (sleutels), sleutels die de gewone gedragspatronen automatisch in gang zetten.
Hij zal misschien het cravingsverschijnsel leren kennen, dit wil zeggen de wens, de zin om te drinken. Craving[2] wordt hier opgevat als een complex systeem van responsen dat cognitieve, fysiologische en gedragscomponenten omvat die idiosyncratisch en partieel gekoppeld kunnen zijn en door externe en interne cues worden uitgelokt (Laberg 1986 & 1987; Litman, 1974; Ludwig, 1974 & 1986).
Om aan al deze geactiveerde responsen het hoofd te kunnen bieden, zal het ontwikkelen van enig inzicht in het functioneren ervan aangewezen zijn. Men weet immers dat de cliënt zich meestal niet bewust is van de antecedenten en de konsequenten (Edwards e.a., 1987).
Alle zelfhulpprogramma's (Hermans, 1985; Standaert, 1988; Van Emst, 1987; Walburg, 1987) beginnen dan ook met het bijhouden van een alcoholdagboek om hoeveelheden, situaties, enzovoort in verband met het drinkgedrag te noteren. In termen van Prochaska (1986), gaan we de mogelijkheden van de mens na om zijn capaciteit te verhogen, zich bewust te zijn van en te reflecteren op zijn probleem. Door het inzicht te

[2] Craving wordt hier als term gebruikt in zijn beschrijvende en niet in zijn verklarende betekenis.

vergroten, de aandacht te verhogen gaat men de cliënt alerter maken voor cues en er mee leren omgaan.
Deze weg is begrijpelijkerwijze heel wat moeilijker dan eenvoudig stoppen met drinken. Hier wordt immers doorheen alle situaties een coherent schema opgebouwd. Weliswaar houdt dit in: dat men meestal geen inzicht heeft in de problematiek, men geen "coping responsen" (manier van omgaan) leert en bij terugval zal moeten erkennen er zijn leven lang last van te hebben, machteloos te staan.
In deze optiek wordt ook begrijpelijk waarom bij spontane remissies (Ludwig, 1985; Saunders, 1979) zo sterk de klemtoon ligt op ingrijpende veranderingen in de omgeving. Het plots verminderen van deze uitlokkende cues vergemakkelijkt de aanpak aanzienlijk. Ook de Vietnam-veteranen, in een andere omgeving en met een andere levenswijze blijken tegen alle verwachtingen in, maar consistent met onze zienswijze, weinig problemen te rapporteren (Harding, 1988; Macrae, 1987). De reorganisatie van de omgeving kan dus een substantiële rol vervullen.
Onze cliënt wil echter terug sociaal drinken en zal daarom grotendeels in dezelfde situaties terecht komen die zijn vroegere schema's zullen oproepen.
In tegenstelling tot stoppen, roepen we gedeeltelijk de schema's terug op. Dit vereist dat de cliënt een hoog bewustzijnsniveau handhaaft en zijn aandacht blijft richten. Nochtans zijn er meerdere factoren die deze continue vereiste aandacht kunnen onderbreken.

a. Uit neuroprocesmatig onderzoek blijkt dat een van de belangrijkste effecten van de alcohol het interfereren met informatieverwerking op een hoog attentief niveau is. Deze vaststellingen gelden zowel voor chronische alcoholisten als voor acuut geïntoxiceerde normale drinkers (Rosen, 1976).
   Zo merkt men op dat het bewust oproepen van informatie uit het geheugen ernstige moeilijkheden oplevert. Deze onvoldoende werking van geheugenstrategieën staat in contrast met de goede resultaten die beide groepen van alcoholisten (ook Korsakoff-patiënten) behalen bij priming van de geheugenstructuur (Boxer, 1986; Hastroudi, 1984).
   Er is trouwens ook reden om in deze contekst de magere resultaten, behaald op problem-solving-taken aan dezelfde veronderstellingen toe te schrijven (Robertson, 1986).
   Ook de waarneming van de zelf-relevante cues, van de belangrijke cues, zij het intern of extern, voor het vooropgestelde plan, neemt af evenals het aantal zelf-referenties (Hull, 1981, 1983; Wilson, 1987 a en b).
   Het dempend effect van alcohol op de cerebrale functies, op de self-monitoring, bemoeilijkt bijgevolg het initiëren van nieuwe strategieën, van nieuwe schema's. Doordat er minder spontaan nieuwe cognitieve activiteiten geïnitieerd worden, gaat men terugvallen op de meer ingeslepen, automatische schema's qua denken, emoties en handelen (Hastroudi, 1984; Hull, 1983; Wilson, 1987). Drinken onderbrekende gedachten worden dan ook op de achtergrond gedrongen (Schippers, 1979, 1981).

Hieruit volgt dat gecontroleerd drinken niet betekent eenzelfde hoeveelheid, zeg maar 6 glazen bier, kan drinken. Hier situeert zich bijvoorbeeld het gebruik van BAG-tabellen[3].(zie bijlage 5)

b. Ook sterke emoties kunnen disruptief inwerken op de self-monitoring. Zolang de emotionele reacties beperkt zijn in intensiteit, kan de bewust gerichte aandacht hierover de controle bewaren. Bij intense emotionele reacties echter, wordt dit proces gedesorganiseerd en ontplooit deze gemoedstoestand zich volledig (Van den Bergh, 1984).
De automatisch geactiveerde schema's kunnen vrijer spel krijgen, zeker als drinken met deze emotionele toestanden geassocieerd is in het netwerk. Door het circulaire proces waarbij bepaalde gemoedstoestanden het overeenstemmende aangename of onaangename cognitieve materiaal oproepen en vice versa (Teasdale, 1979, 1986), wordt de hierboven geschetste toestand versterkt en het initiëren van, nieuwe schema's bemoeilijkt.
In een behandelingsprogramma zal dan ook ruimschoots aandacht moeten geschonken worden aan het opsporen, herkennen en omgaan met affectieve toestanden (Hermans, 1985; Walburg, 1987).

c. Ook individuele verschillen in de persoonlijke cognitieve stijl zullen van invloed zijn op de tentoongespreide self-monitoring van de cliënten (Broadbent, 1982).

Keren we nu terug naar onze cliënt. Hij is bezig een alternatief schema op te bouwen dat een nieuw doel, gewijzigde waarden en prioriteiten, anticiperen op cues, coping-vaardigheden en dergelijke inhoudt, maar dat met zijn lage probabiliteit staat ten opzicht van een hypothetische set van schema's die automatisch geactiveerd worden door een set van cues. Kunnen initiëren van zijn nieuwe schema betekent: self-awareness, self-monitoring, environmental monotoring, stimulus control, goal specification, decision making, sheduling and accessing memories of schemata, among others (Robertson, 1986).
De vraag stelt zich dan ook of dit wel mogelijk is?
Uit experimenteel en klinisch onderzoek (Teasdale 1979; Vandenbergh, 1984) blijkt dat een interne of externe stimulus, onbewust, in parallel "bevriende" schema's activeert en dat een verhoogd bewustzijn alleen de niet gechikte schema's inhibeert, verhindert van bewust te worden.
Dit inhibitieproces moet zich dan ook uiten in verhoogde latentieresponsen, wat trouwens op gebied van depressie mooi door Teasdale (1970) werd aangetoond.
In het verlengde hiervan kan men dan ook aannemen dat eens onze cliënt zijn doelstelling wil gaan verwezenlijken, zijn latentietijden zullen stijgen.
Dit is dan ook precies wat Chaney, O'Leary en Marlatt (1978) vaststelden.

---

[3] Dit hoofdstukje houdt geenszins een opwaardering in van de desinhibitietheorie.

In het kader van terugvalpreventie voerden zij een sociale vaardigheidstraining uit met alcoholisten. Zij moesten hun problematische situaties identificeren en dan klassiek de nodige alternatieven genereren.
Bijvoorbeeld: je staat zaterdags op en je realiseert je dat je niets gepland hebt. Je zit maar wat te zitten en begint je rusteloos en verveeld te voelen.
Hoe korter de latentietijd, hoe beter de prognose. Deze latentietijd overklaste ook alle gewoonlijk gebruikte predictieve variabelen (demografische, historische). Zowel Chaney e. a. (1978) als Shiffman (1984) beklemtoonden als conclusie van soortgelijke onderzoeken dat de "readiness" waarmee een antwoord gegeven wordt, uiteindelijk zelfs belangrijker is dan de respons per se.
De specifieke coping-responsen echter moeten ook aangepast zijn aan de gestelde situaties (Neidigh, 1988).
Om de cliënt van zijn nieuwe schema's te voorzien zal een actieve aanpak vereist zijn: bewust drinken, alternatief gedragsrepertoire, anticiperen op gebruiksgerelateerde situaties enzovoort (Edwards, 1987; Schippers, 1979; Wilson 1987 b).
Het hebben van alleen maar cognitieve regels is immers niet voldoende: de gedrags-en emotionele componenten moeten mee geïnkorporeerd worden zodat de cliënt ervaart dat het lukt.
Oefenen, aanpakken zal de regel zijn en niet vermijden.

Theoretisch kan men zich afvragen of nu nieuwe schema's opgebouwd worden ofwel bestaande structuren gecorrigeerd worden (Foa, 19!; Lang, 1985; Robertson, 1986).
Deze discussies zijn volop aan de gang en men begint recentelijk meer inzicht te krijgen in de constructieregels van schemata (Kintsch, 1988). Voor wat alcoholisten betreft, heeft men de indruk dat met de huidige therapeutische aanpak van gecontroleerd drinken alleen de nieuwe schema's prominenter worden en de oudere latent aanwezig blijven. Dit is ook niet zo verwonderlijk gezien de sterke binding tussen cues en schema's voor de "oefening" die eraan voorafgaat!
In dit kader gaat dan ook heel wat belangstelling uit naar experimenten van voornamelijk Rankin (1983) en Hodgson (1976) omtrent blootstelling/cue exposure, zich baserende op de goede resultaten die met deze techniek behaald werden bij de behandeling van fobische en obsessief compulsieve moeilijkheden.
De hoop is om een extinctie van de schema's te bekomen.
In oktober '88 kon ik zelf tijdens een bezoek aan de research afdeling van Maudsly Hospitals te London kennis maken met de resultaten. Herhaaldelijk aanbieden van bier en aanverwante cues, bijvoorbeeld een glas, een blik en dergelijke leidt, visueel via polygrafische registratie voorgesteld, tot verminderde reacties. Ook de subjectieve, verbale gegevens zijn hiermee in overeenstemming. Polygrafisch echter wordt de basislijn nooit dezelfde, zelfs na honderden trials, als deze die neutrale stimuli opwekken. Er treedt wel een dekalage op met de verbale gegevens daar de cliënt geen specifieke reacties meer ervaart. In ons theoretisch kader betekent dit dat het schema latent aanwezig blijft. Ook bij andere problemen zoals bijvoorbeeld dwang hoort men de cliënten toch nog klachten debiteren na de behandeling. Bepaalde specifieke situaties, bepaalde emoties, alcohol enzovoort blijven uitlokken. Eigenlijk betekent dit dat een

extinctieprocedure niet leidt tot uitdoving maar dat er wat nieuws wordt bijgeleerd (Bouton, 1988), namelijk dat men met deze moeilijke situatie op een bepaalde manier kan omgaan. Wilson (1087 b) poneert dan ook dat via blootstelling vooral de self-efficacy verhoogd wordt waarmee de cliënt de risico-situaties kan aanvatten. Gezien de vele cues die op onze cliënt inwerken, zullen actieve coping-mechanismen van groter nut zijn dan louter blootstelling alleen aan een, in elk geval, beperkt aantal cues.
Hieruit volgt dan ook dat in principe de ambulante aanpak te verkiezen is boven de residentiële aanpak. Iedereen weet dat een verslaafde die na een residentiële behandeling terugkeert, geconfronteerd kan worden met bijvoorbeeld het cravingsfenomeen uitgelokt door omgevingsfactoren (Laberg, 1987).
In deze context betekent dit dat iemand die gecontroleerd wil drinken gewapend moet worden met een aantal nieuwe schema's die actieve strategieën omvatten om met de geactiveerde oudere schema's om te gaan.
Vanuit deze optiek is het niet te verwonderen dat de jongste discussie die over gecontroleerd drinken versus abstinentie woedde in de jaargangen '86 en '87 van de British Journal of Addiction stilaan verschuift naar gecontroleerd drinken versus normaal drinken.
Dat gecontroleerd drinken, ondanks alle obstakels die ik schetste, mogelijk is, staat als een paal boven water. Maar wat te denken van een gecontroleerde drinker die een verhoogde aandacht moet hebben, op voorhand zijn limiet in zijn hoofd houdt, zijn drankje telt enzovoort. Dit is toch wat anders als de "normale" drinker die deze self-monitoring niet nodig heeft (Blume, Merry, Raistrick, 1987).
Dit is volgens mij ook het verschil in de latentietijden van de responsen: hoe sneller de respons komt, hoe dichter de cliënt bij het normale drinkpatroon komt.
Dit betekent ook dat zolang de cliënt bijvoorbeeld bepaalde situaties vermijdt, bepaalde emoties moet discrimineren, hij letterlijk zichzelf kontroleert.
De doelstelling kan en is echter voor velen de moeite waard.

4. GECONTROLEERD DRINKEN: VOOR WIE?

Toen in de jaren '60 de eerste publicaties het probleem aanbrachten waren de reacties hevig.
Vanuit het toen overheersende medische model een normale, te verwachten afwijzende reactie.
Daar de evidentie zich bleef opstapelen, vond men het onderscheid uit tussen "echte" alcoholisten en probleemdrinkers ("valse" alcoholisten). Voor deze laatsten kon gecontroleerd drinken wel, tenminste voor sommigen (Stockwell, 1986).
Men differentieerde nog verder en ging op zoek naar karakteristieken die een voorspellende waarde zouden kunnen bezitten. De klassieke YAVIS cliënt stond al vlug bij de gecontroleerde drinkersgroep. Miller (1986 b) die deze problematiek overschouwde kwam tot de conclusie dat "Much more... research is needed to provide a base from wich to make competent treatment recommendations".
Ik zou dan ook nog een methodologisch goed opgezette studie van Orford & Keddie (1986) willen aanhalen die deze problematiek onderzocht. Rekening werd gehouden

met tal van factoren zoals duur van het probleem, de ernst van de afhankelijkheid, familieachtergrond, gesteld doel, recent drinkpatroon, vorige behandelingen, geslacht, leeftijd, burgerlijke stand enzovoort.
Om het even welke factor, noch om het even welke combinatie, kan dienst doen als predictor. Ook de vuistregel dat hoe verslaafder men is, hoe geringer de indicatie voor het doel gecontroleerd drinken is, kon niet bevestigd worden, in overeenstemming met vroegere studies (Miller, 1986 b).
Er is dus geen enkele reden om onze cliënt zijn doelstellingen te weigeren. Integendeel zal de taak van de therapeut zijn de cliënt over de alternatieven te informeren, een goede functionele analyse te maken, de therapie op maat te snijden en aan de slag te gaan (Edwards, 1987; Miller, 1986 b; Orford, 1986; Sobell, 1988).

BESLUIT

Gecontroleerd drinken als bereikbare doelstelling kan niet meer betwist worden (Chase, 1984; Ingram, 1988; Lloyd, 1975; Miller, 1983 b).
Behoudens een aantal klassieke medische tegenindicaties (levercirrhose, pancreatitis), blijft ook nog als psychische tegenindicatie: cognitieve verwerkingsmoeilijkheden. Uit de gemaakte netwerkanalyse is het niet te verwonderen dat voor deze complexe behandeling de cliënt als voorwaarde cognitief goed moet functioneren. Dit is trouwens de enige prediktor die overeind blijft (Gregson, 1977; Robertson, 1986; Sobell, 1988).
Verwijzend naar de latentietijden waarmee de responsen te voorschijn komen, wens ik Robertson (1986) te citeren: "It is quite astonishing that such a measure should outweigh other demographic and drinking history measures...".
Ik heb geprobeerd via netwerktheorie te wijzen op de vele valkuilen waar onze cliënt zal en wij zullen mee geconfronteerd worden bij het herwerken van informatie en bij het initiëren van nieuw gedrag.
Een actieve aanpak wordt vereist waarbij cognities, emoties en gedrag hun plaats moeten krijgen om ons doel te bereiken.
Uiteindelijk lijkt mij het onderscheid tussen gecontroleerd drinken en normaal drinken zinnig.
Het is op dit laatste, dat we onze inspanningen zullen moeten richten.

BIBLIOGRAFIE

BLUME, S., J.MERRY, D. RAISTRICK (1987). Is controlled drinking possible for the person who has been severly alcohol dependent? British Journal of Addiction, 82, P. 237-255 & 841-847.

BOUTON, M. (1988). Context and ambiguity in the extinction of emotional learning: implications for exposure therapy. Behavior research and Therapy, 26, p. 137-149.

BOWER, G. (1986). Prime time in cognitive psychology in EELEN, P., O. FONTAINE (eds) (1986). Behavior therapy: byond the conditioning framework, Leuven, University Press, p. 22-47.

BROADBENT, D. a.o. (1982). The conitive failures questionnaire (CFQ) and its correlates. Brtitish Journal of Clinical Psychology, 21, p. 1-16.

CHANEY, E., M. O'LEARY, G. MARLATT (1978). Skill training with alcoholics. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, p. 1092-1104.

CHASE, J., H. SALZEBERG, A. PALOTAI (1984). Controlled drinking revisited: a review in HERSEN, M., R. EISLER, P. MILLER (Eds) (1984). Progress in Behavior Modification, volume 18, Orlando, Academic Press, p. 43-84.

DAVIES, D. (1962). Normal drinking in recovered alcohol addicts. Quaterly Journal of Studies on Alcohol, 23, p. 94-104.

DENISSEN, K., H. VAN BILSEN (1987). Motivationele milieu-therapie. Tijdschrift voor Psychotherapie, 13, p. 128-138.

DREW, L. (1968). Alcoholism as a self-limiting disease. Quaterly Journal of Stdies on Alcohol, 29, p. 956-976.

EDWARDS, G. a.o. (1987). Outcome of alcoholism: the structures of patient attributions as to what causes change. British Journal of Addiction, 82, p. 533-545.

FOA, E., M. KOZAK (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. Psychological Bulletin, 99, p. 20-35.

GREGSON, R.,G. (1977). Prediction of relapse in men alcoholics. Journal of Studies on Alcohol, 38, p. 1749-1760.

HARDING, G. (1988). Patterns of heroin use: What do we know? British Journal of Addicition, 83, P. 1247-1254.

HASHTROUDI, S., a.o. (1984). Intact retention in acute alcohol amnesia. Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition, 10, p. 156-163.

HEATHER, M., I. ROBERTSON (1981) Controlled drinking. London, Methuen.

HERMANS, H. (1985). Het nieuwe alcohol zelfhulpprogramma, Middelburg, Associatie van Rationele Denkers.

HODGSON, R., H. RANKIN (1976). Cue exposure in the treatment of alcoholism. Behaviour Research and Therapy, 14, p. 305-307.

HULL, J. (1981). A self-awareness model of the causes and effects of alcohol consumption. Journal of Abnormal Psychology, 90, p. 586-600.

HULL, J., R. YOUNG (1983). Self-consciousness, self-esteem and successfailure as determinants of alcohol consumption in male social drinkers. Journal of Personality and Social Psychology, 44, p. 1097-1109.

INGRAM, J., H. SALZEBERG (1988). Cognitive behavioral approaches to the treatment of alcohol behavior in HERSEN, M., R. EISLER, P. MILLER (Eds) (1988). Progress in Behavior Modification, vol. 23, Newbury Park, Sage Publications, p. 62-95.

LABERG, J. (1986). Alcohol and Expectancy: subjective, psychophysiological and behavioral responses to alcohol stimuli in severly, moderately and non-dependent drinkers. British Journal of Addiction, 81, p. 797-808.

LABERG, J., B. ELLERTSEN (1987). Psychophysiological indicators of craving in alcoholics: effects of cue exposure. British Journal of Addiction, 82, p. 1341-1348.

LANG, P. (1985). De cognitieve psychofysiologie van de emotie: angst en vrees in FILET, B. e.a. (red.) (1985). Psychotherapeutisch paspoort, Deventer, Van Loghum Slaterus, p. 3.3-3.62.

LITMAN, G. (1974). Stress, affect and craving in alcoholics: the single case as a research strategy. Quaterly Journal of Studies on Alcohol, 35, p. 131-146.

LLOYD, R., H. SALZBERG (1975). Controlled social drinking: an alternative to abstinence as a treatment goal for some alcohol abusers. Psychological Bulletin, 82, p. 815-842.

LUDWIG, A. (1985). Cognitive processes associated with spontaneous recovery from alcoholism. Journal of Studies on Alcohol, 46, p. 53-58.

LUDWIG, A. (1986). Pavlov's bells and alcohol craving. Addictive Behaviors, 11, p. 87-91.

LUDWIG, A., L. STARK (1974). Alcohol craving: subjective and situational aspects. Quaterly Journal of Studies on Alcohol, 35, p. 899-905.

MACRAE, J., M. SCOLES, S. SIEGEL (1987). The contribution of pavlovian conditioning to drug tolerance and dependance. British Journal of Addiction, 82, p. 371-380.

MILLER, W. (1983 a). Motivational interviewing with porblem drinkers. Behavioral Psychotherapy, 11, p. 147-172.

MILLER, W. (1983 b). Controlled drinking: a history and critical review.
Journal of Studies on Alcohol, 44, p. 68-83.

MILLER, W. (1985). Motivation for treatment: a review with special emphasis on alcoholism. Psychological Bulletin, 98, p. 84-107.

MILLER, W. (1988). Motivational interviewing with problem drinkers II: The drinkers check-up as a preventive intervention. Behavioural Psychtherapy, 16,
p. 251-268.

MILLER, W., R. HESTER (1980). Treating the problem drinker: modern approaches in MILLER, W. (Ed) (1980). The addictive behaviors: treatment of alcoholism, drugs abuse, smoking and obesity, Oxford, Pergamon, p. 11-141.

MILLER , W., R. HESTER (1986 a). The effectiveness of alcoholism treatment: what research reveals in MILLER, W., M. HEATHER (Eds) (1986).
Treating addictive behaviors: processes of change, New York, Plenum Press, p. 121-174.

MILLER, W., R. HESTER (1986 b). Matching problem drinkers with optimal treatments in MILLER, W., N. HEATHER (1986). Treating addictive-behaviors: processes of change, New York, Plenum Press, p. 175-204.

NEIDIGH, L., E. GESTEN, S. SHIFFMAN (1988). Coping with the temptation to drink, Addictive Behaviors, 13, p. 1-9.

ORFORD, J., A. KEDDIE (1986) Abstinence or controlled drinking in clinical practice: indications at initial assessment. Addictive Behaviors, 11 p. 71-86.

PROCHASKA, J., C. DI CLEMENTE (1984). The transtheoretical approach. Crossing traditional boundaries of therapy, Homewood, Ill, Dow-Jones-Irwin.

PROCHASKA, W., C. DI CLEMENTE (1986). Toward a comprhensive model of change in MILLER, W., N. HEATHER (Eds) (1986) Treating addictive behaviors: processes of change, New York, Plenum Press, p. 3-27.

RANKIN, H., R. HODGSON, T. STOCKWELL 51983). Cue exposure and response prevention with alcoholics: a controlled trial. Behaviour Research and Therapy, 21, p. 435-446.

ROBERTSON, I. (1986). Cognitive processes in addictive behavior change in MILLER, W., N. HEATHER (Eds) (1986). Treating addictive behaviors: processes of change, New York, Plenum Press, p. 319-330.

ROSEN, L., C. LEE (1976). Acute and chronic effects of alcohol use on organizational processes in memory. Journal of Abnormal Psychology, 85, p. 309-317.

SAUNDERS, W., P. KERSHAW (1979). Spontaneous remission from alcoholism - a community study. British Journal of Addiction, 74, p. 251-265.

SCHIPPERS, G. (1979). Rationaal omgaan met alcohol, drugs en andere psychotrope stoffen in DIEKSTRA,R., W. DASSEN (Red) (1979). Inleiding tot de rationele therapie, Lisse, Swets & Zeitlinger, p.174-195.

SCHIPPERS,G., A. VAN EMST, H. VAN BILSEN (1988). Motivatie en probleemdrinken. Directieve therapie, 8 p. 135-148.

SHIFFMAN, S. (1984). Coping with temptation to smoke. Journal of consulting and clinical Psychology, 52, p. 261-267.

SOBELL, L., M. SOBELL, T. NIRENBERG (1988). Behavioral assessment and treatment planning with alcohol and drugs abusers: a review with an emphasis on clinical application. Clinical Psychology Review, 8 p. 14-54.

STOCKWELL, T. (1986). Cracking an old chesnut: is controlled drinking possible for the person who has been severly alcohol dependent? British Journal of Addiction, 81, p. 455-456.

TEASDALE, J. (1986). Mood congruous thinking and depression: clinical implications of experimental findings in EELEN, P., O. FONTAINE (Red) (1986).
Behavior therapy: beyond the conditioning framework, Leuven, University Press, p. 59-68.

TEASDALE, J., S. FOGARTY (1979). Differential effects of induced mood on retrieval of pleasant and unpleasant events from episodic memory.
Journal of Abnormal Psychology, 88, p. 248-257.

TUCHFELD, B. (1981). Spontaneous remission in alcoholics. Journal of Studies on Alcohol, 42, p. 626-641.

VAN BILSEN, H. (1985). Practische problemen bij de ambulante gedragstherapie bij heroïne-verslaafden. Gedragstherapie, 18, p. 77-86.

VAN DEN BERGH, O., P. EELEN (1984). Unconscious processing and emotions in REDA, M., M. MAHONEY (Eds) (1984). Cognitive psychotherapies: recent developments in theory, research and practice, Cambridge Mass., Ballinger Publ. C., p. 173-209.

VAN DEN BERGH, o., P. EELEN (1986). Emotie en representatie in ORLEMANS, J., e.a. (Red) (1986). Handboek voor gedragstherapie, Deventer, Van Loghum Slaterus, p. F2-1-F2-38.

VAN EMST, A., H. VAN BILSEN (1987). Hoe minder te drinken, Utrecht, NIAD.

WALBURG, J., G. SCHIPPER (1987). Drinken met mate, Lisse, Swets en Zeitlinger.

WILSON, G. (1987 a). Cognitive studies in alcoholislm. Journal of Consulting and Clinical Psychologie, 55, p. 325-331.

WILSON, G. (1987 b). Cognitive processes in addiction. British Journal of Addiction, 82, p. 343-353.

ALCOHOL-ZELFCONTROLEPROGRAMMA

P. STANDAERT

Uit mijn jarenlange ervaring met hulpverlening aan verslaafden is geleidelijk een concreet denk-en werkmodel gegroeid dat aansluit bij het theoretisch model behandeld in voorgaand artikel. Bij nadere reflectie lijken me een drietal vooronderstellingen aan de basis te liggen van dit model.

Een eerste betreft de *motivatie*.
Deze wordt niet langer beschouwd als een eigenschap van de persoon, noch als een oplossing, (al of niet bewust) van een conflict, maar wel als het resultaat van de interactie tussen de persoon en de omgeving.
Doordat de hulpverlener als een onderdeel van deze omgeving wordt aangevoeld, komt er meteen ruimte vrij voor onderhandelingen over doelstellingen en strategieën.

Als tweede vooronderstelling wordt afgestapt van het axioma dat *geheelonthouding* het enige reële antwoord kan zijn op probleemdrinken.
Daaruit volgt dat elke terugval niet meer gezien wordt als een falen van de cliënt. Een gelimiteerd, maar zelfgenomen besluit, belet dat een cognitief, emotioneel en relationeel proces geïnduceerd wordt, waarbij een zichzelf-vervullende voorspelling waar gemaakt wordt.

Een laatste vooronderstelling houdt rekening met de *neiging tot zelfovertuiging* door de professionele helper: deze overschat nog al te vaak het belang van de eigen rol.

FASEN

Voor elk therapeutisch opzet dat ernaar streeft, het gedrag ingrijpend te veranderen, is het essentieel om meer inzicht te verwerven in de mechanismen van het motivatieproces.
Dit motivatieproces verloopt in drie fasen:

De uitlokfase met:
- diagnose van de stadia van verandering;
- navraag bij de cliënt: hoe is deze bij de hulpverlening terechtgekomen?

De informatiefase met:
- functie-analyse van het middelengebruik;
- bespreking van de feitelijke toestand van de cliënt naar aanleiding van metingen, onderzoeken, gesprekken met dichtstbetrokkenen;
- bespreking van de conclusies en situering van het probleemgedrag.

De onderhandelingsfase met:
- formulering van wensen met betrekking tot de behandeling;
- onderhandelen over doel en wijze van de behandeling.

Het motivatieproces wordt niet enkel gestuurd door informatie en onderhandelingen, maar ook door beïnvloeding vanuit 4 invalshoeken:

- de cognitieve beïnvloeding met benadrukking van eigen keuzevrijheid en de strategie van de cognitieve dissonantie;

- de interactionele beïnvloeding met nadruk op blijvende onderhandelingsmogelijkheid over behandelingsdoelen en methoden, ook met de dichtstbetrokkenen;

- een beïnvloeding om te komen tot een herschikking van korte- en lange termijngevolgen. Er wordt immers op gewezen, dat het middelenmisbruik op zich al een onhandige poging is met de positieve intentie een probleem op te lossen, weliswaar op korte termijn.

- een beïnvloeding door het geven van een duidelijke feedback (verbaal zowel als niet-verbaal) door hulpverlener en dichtstbetrokkene(n).

Ten slotte moet ook doelgericht worden gewerkt aan de specifieke kenmerken van het verslaafd gedrag, ondermeer door het aanleren van alternatieven, zelfcontrole-technieken en terugvalpreventie.
In de praktijk neemt het hele motivatieproces een tiental groepsbijeenkomsten in beslag. De drie besproken fasen, nl. uitlok-, informatie- en onderhandelingsfase worden nu concreter uitgewerkt.

UITLOKFASE

De uitlokfase wordt geconcretiseerd door:
- het opstellen van een schaal voor veranderingsbereidheid (zie werkdocument: bijlage 1);
- een gesprek over: (zie bijlage 2)
  - de probleemomschrijving
  - de verwachtingsanalyse
  - de dichtstbetrokkenen

De feedback gebeurt door een voorlopige situering van de behandelingsbereidheid van de cliënt (plaatsbepaling op de cirkel in 'bijlage 1') en de situering van de fase van zijn verslaafd gedrag (plaatsbepaling op het model in 'bijlage 3').

OVERGANG

De overgang van de uitlok-naar de informatiefase wordt vergemakkelijkt door een monitoringopdracht: gevraagd wordt om dagelijks een zelfcontrole-formulier (zie bijlage 4) in te vullen.
Ook controleverlies wordt genoteerd: dit verlies aan zelfcontrole betreft zowel extern gedrag (alcoholgebruik, inkrimping van het gedragsrepertorium) als intern gedrag (gedachten, gevoelens, effectenverwachting).
Wij leren de cliënt relationeel te denken en wijzen hem ondermeer op het verband tussen stimulusgeneralisatie en het inkrimpen van zijn alledaags gedragsrepertorium.
Ook het onderscheid tussen solitair en sociaal drinken wordt benadrukt.

Als belangrijke factor daarbij postuleert men het "Abstinence Violation Effect": de cognitieve dissonantie en de zelfattributie zijn daaraan eveneens gerelateerd.

De motivatieversterking situeert zich nu op de overgang van de overpeinzings- naar de beslissingsfase.
Toch is het ook mogelijk dat de cliënt besluit NIET te veranderen en uit de "veranderingscirkel" stapt via de "tussentijdse uitgang" (zie bijlage 1).
Het probleemoplossend drinkgedrag blijft dan gehandhaafd samen met de psychologische afhankelijkheid en de tolerantie.
Volgens het model in bijlage 3 blijft de cliënt dan hangen in fase III ("trek hebben") of in fase IV ("verslaafd gebruik").

INFORMATIEFASE

Heeft de cliënt éénmaal het stadium van besluitvorming bereikt ("ik wil iets aan mijn drinken veranderen"), dan kan worden begonnen aan een *historische analyse* van het drinkgedrag, gezien als een leerproces van omgaan met alcohol, vanaf het eerste gebruik tot nu.

Zo bereiken we nu het belangrijkste deel van de informatiefase, namelijk de functionele analyse van het drinkgedrag (zie bijlage 5a en b).
Deze functionele analyse valt uiteen in drie gedeeltes:

- **de situatie-analyse**, waarin een lijst wordt gemaakt van alle situaties en factoren die aanleiding geven tot drankgebruik.

  Deze kunnen tot 5 groepen factoren teruggebracht worden:
  - situatieve factoren: alcohol aangeboden krijgen;
  - sociale factoren: verveling, verandering van leefmilieu, conflicten en andere problemen;
  - emotionele factoren: onzekerheid;
  - lichamelijke factoren: ontwenningsverschijnselen;
  - cognitieve factoren: "eentje kan geen kwaad".

Het solitair drinken is een belangrijk signaal.
Nagegaan wordt ook of de negatieve gevolgen van het drinken de aanzet vormen opnieuw te drinken: het zogenaamde "draaikolk-proces".

- **de verwachtingsanalyse** waarin de hulpverlener relaties tracht te leggen tussen het problematisch drinkgedrag en de relevante antecedenten en consequenten.
  - sociale bekrachtiging
  - positieve bekrachtiging
  - negatieve bekrachtiging

- **de ik-analyse** met bewustmaking na eigen keuzevrijheid.

  Tijdens het volgen van deze drinkgeschiedenis, wordt uitgekeken naar de invloed van alcohol op het denkvermogen. Cliënt en begeleider gaan na hoe stress, angst, onzekerheid en spanning ervaren wordt als signalen van een situatie waarin men meestal geen gedragsalternatief tot zijn beschikking heeft om de stressbron weg te nemen.
  Alcohol kan de ervaring van *macht* oproepen en trek naar alcohol doen ontstaan.
  Dit machtsdenken uit zich op 3 niveaus:
  - de meer gesocialiseerde vormen van machtsuitoefening;
  - de meer persoonlijke dominantie over anderen;
  - de meer verbale en fysieke agressiviteit.

ONDERHANDELINGSFASE

Zo komen we in de onderhandelingsfase.
De cliënt heeft zelf de conclusie getrokken uit de informatiefase en begint nu pas te onderhandelen over eventuele behandeling: doel en planning.
Het overleg gebeurt aanvankelijk in de groep tussen elke cliënt en de hulpverlener. Later worden ook de dichtstbetrokkenen actief ingeschakeld in deze fase.
Individuele verantwoordelijkheid en keuzevrijheid worden blijvend sterk benadrukt, ook in een verstrengelde relatie.
Terugval-preventie wordt een centraal onderwerp van overleg tussen alle betrokkenen.
De uitvoering van de besluiten worden voortdurend geëvalueerd en bijgestuurd.
Zowel wat betreft de doeleinden als de manieren waarop deze bereikt kunnen worden, wordt een balans-analyse opgemaakt.
Natuurlijk is het niet zo, dat alle problemen in de omgang met probleemdrinkers voorkomen en opgelost kunnen worden, wanneer de bovengenoemde aanpak consequent wordt uitgevoerd.
Het pluspunt van deze aanpak lijkt mij, dat duidelijkheid geschapen wordt in de verwachtingen van de hulpvrager, dichtstbetrokkenen en hulpverlener, zodat nu eenmaal gestelde doelen haalbaar worden.

We hebben het probleem dan meer in de hand en hoeven de niet-gemotiveerde cliënt niet langer zo te noemen. En hoeven slechts nog te spreken van een gekozen beperking en eventueel te zoeken alternatieven.

NABESCHOUWING

De hulpverlener tracht zich tijdens de gesprekken, alsook tijdens het overleg met de dichtstbetrokkenen, niet moraliserend op te stellen, in de overtuiging dat dit de communicatie open houdt.

Lic. Paul STANDAERT
Klinische Psychologie-Psychotherapie

BIJLAGEN

BIJLAGE 1

VERSLAVINGSPROCES: GEDRAGSTHERAPEUTISCH DENK-EN WERKMODEL

Lic. P. STANDAERT
Klinisch psycholoog-gedragstherapeut

STADIA	INTERN GEDRAG bekrachtiger/leer-proces/verwachting	GEBRUIK	MISBRUIK	GEVOLG	BEHANDELINGS-DOEL
FASE I kennismaking met het produkt: situationeel en cognitief	sociaal ritueel	- proeven - starten leerproces der effecten	kater	- sociale versterking (+) - positieve bekrachtiging (+)	geïntegreerd gebruik
FASE II willen van het produkt: situationeel en cognitief	sociale versterking	consumeren	sociaal controleverlies	- - waarden der persoonlijke veranderingsaspecten (+) - gerelateerde problemen (-)	gecontroleerd gebruik
FASE III verlangen naar het produkt: - moeilijke momenten - gespannen leefstijl situationeel-cognitief en emotioneel	negatieve bekrachtiging - emotioneel - arousal - lichamelijk probleemoplossend vermogen stimulansgeneralisatie	toenemende gehechtheid van het gehele gedrag aan één stimulus - moeilijk - uiterst moeilijk (onmogelijk)	emotioneel controleverlies emotioneel en cognitief controleverlies	- probleemoplossen effect (+) - psychologische afhankelijkheid (-): ego-defensief en meta-identiteit - afzwakkend probleemoplossend vermogen (-) inkrimping gedragsrepertorium - egostagnatie en discrepantie IK-nuchter en IK-onder invloed (-) - draaikolk: gerelateerde problemen (zelfbeeld)(-)	abstinentie noodzakelijk gedurende een te overleggen tijdspanne met dichtstbetrokkene en hulpverlener: hervalpreventie
FASE IV nood hebben aan het produkt: draaikolk zowel intern als extern	negatieve bekrachtiging het "weg-zijn"	onmogelijk	- cognitief/lichamelijk en emotioneel controleverlies - tijdsstructuratie - verslaafd: onvrij en niet kiezen - gedragscontroleverlies	- ontwijken ontwenningssymptomen (+) - autonome evolutie van het verslaafd gedrag (-) - zoeken en plannen (-) - hulpeloosheid: AVE-effect (-) - ziekte	abstinentie noodzaak: hervalpreventie

M.V. **MOTIVATIEVERKENNENDE GROEP**

I. PROBLEMEN

a) Gerelateerde problemen: problemen voortkomende uit drink-, slik-, of spuitgedrag.
Vb.: werk justitie - relatie - huisvesting - gezondheid - financieel e.d.

b) Directe problemen: de wijze van omgang met het produkt.
Vb.: kwantiteit - aard - moment - het stiekem gebruik e.d.
Dit leidt tot controleverlies dat zich op verschillende wijzen kan manifesteren, onder andere in:

GEDACHTEN: - opmaken van een zelfbeeld.
- herkauwen van ervaringen uit het verleden.

GEVOELENS: - emoties aangaande het verleden ten opzichte van anderen of zichzelf (isolatie).

GEDRAG: - dit uit zich in veel gevallen in agressie ten opzichte van anderen of zichzelf, (depressie).

GEVOLGEN: NIEUW DRINK- SLIK- OF SPUITGEDRAG!

II. VERWACHTINGEN

a) Ten opzichte van de gerelateerde problemen: Wat kan ik in de kliniek hieraan doen, eraan verhelpen en in welke mate?

b) Naar drink-slik- en spuitgedrag toe: hoe bepaal ik later mijn drinkgedrag?
Zo mogelijk zonder gerelateerde problemen. Sociaal? Abstinent? Een weinig?

c) Mezelf conditioneel lichamelijk op peil brengen, zodat mijn zelfbeeld een nieuw sociaal perspectief krijgt.

III. DICHTSTBETROKKENE OF FAMILIE (D.B.)

a) Wie is met mijn problemen begaan buiten deze instelling?

b) Hoe verloopt onze relatie met de D.B. onderling?

c) Wat verwachten of denken deze mensen over mijn opname?

IV. DUUR VAN DE OPNAME

a) Hoe denk ik als patiënt hier zelf over?

b) Is de D.B. of familie klaar klaar om een positieve opvang te garanderen en WIL hij dat?

c) De instelling zelf bepaalt eveneens in samenspraak met betrokkenen over het al dan niet nodige van een eventueel langer verblijf.

BIJLAGE 3

INVULFORMULIER ALCOHOL-ZELFHULPGROEP Naam: Periode:

Dag	Dagdeel	Aantal glazen	Soort drank	Waar gebruikt	Met wie? Wie waren erbij?	Controleverlies
Maandag	ochtend					
	middag					
	avond					
Dinsdag	ochtend					
	middag					
	avond					
Woensdag	ochtend					
	middag					
	avond					
Donderdag	ochtend					
	middag					
	avond					
Vrijdag	ochtend					
	middag					
	avond					
Zaterdag	ochtend					
	middag					
	avond					
Zondag	ochtend					
	middag					
	avond					

STIMULI	ORGANISME VERWACHTING	DRINK-GEDRAG		CONSEQUENTIES
12 j.feestje 13 j.etentje	sociaal ritueel	porto aperitief	+	meedoen "groot voelen"
15 j.sportclub 17 j.café WE uitgaan visite	sociale versterking	pils	+ -	erbij horen, gezelligheid, ontspanning soms té laat thuis gekibbel met ouders
18 j.legerdienst	sociale versterking positieve bekrachtiging	pils f ↗ h ↗ tuborg	+ -	meedoen, tijdsvulling niet onderdoen tolerantie ↗
20 j.tijdens werk WE		pils h ↗ jenever	+	rust, ontspanning, ritueel positief fysiologische effecten
24 j.tijdens werk na werk WE		f ↗ h ↗	+ -	tijdsvulling, gezelligheid, cafésfeer (vrouw werkt tot 17 uur) dronken, eetgewoonten veranderen, ruzie met echtgenote, verenigingsleven verzwakt
28 j.'s avonds stamcafé	negatieve bekrachtiging	h ↗	+ -	gezelligheid met café-vrienden, acceptatie, sterker voelen spanningen in gezin nemen toe, prikkelbaar gesprek loopt niet, toenemend negatief zelfbeeld

De negatieve gevolgen op langere termijn worden een S voor kontinuerend drinkgedrag !
Probleemoplossend effect.

35 j.tijdens werk 's avonds thuis WE emotioneel	positieve en negative bekrachtiging	pils ↘ jenever ↘	+ -	ontspanning, spontaner, negatieve gevoelens verminderen meer contact met kinderen lichamelijke en psychische kater, ruzie in het café, prikkelbaar relatieprobleem:

Binnen het koppel is er een gezamelijke erkenning van alcoholproblemen !
Echter niet over alcoholist of niet ! - abstinentie of niet !
Sterk dualistisch ! Een gevecht om gelijk ! Deskundigenadvies !

STIMULI	ORGANISME VERWACHTING	DRINK-GEDRAG	CONSEQUENTIES	
38 J.'s avonds café alleen emotioneel cognitief fysiologisch	negatieve bekrachtiging	jenever f ↗ h ↘ pils	+ -	beter voelen, ik-beeld versterken: weg van huis het gelijk verkeersaccident onder invloed, gezinsdesintegratie (echtgen. en de kinderen tegen vader), verbale agressiviteit
40 j.echtgenoot wordt chronisch ziek tijdens werk thuis cognitief emotioneel	negatieve bekrachtiging	jenever f ↘ ↘ h ↘	+ -	neg. gevoelens en zelfverwijten zwakken af, inslapen is goed, activiteitstoename thuis etikettering, druk omgeving, gezinsconfl., toelerantie stijgt, voedingsgewoonte verandert, negatief zelfbeeld
42 j.thuis alleen	negatieve bekrachtiging	jenever	+ -	probleemoplossend effect draaikolkgebeuren, toenemende verzwakking van controle over gedachten, gevoelens, drinken...: maagklachten
op café emotioneel (na ruzie thuis)	negatieve bekrachtiging	jenever ↗ ↗	+ -	weg-zijn op straat gevonden: 900-dienst: opname

Tabel 1-1
Geschat Bloed Alcohol Concentratie (mgL) bereikt na één uur drinken, volgens lichaamsgewicht en aantal geconsumeerde drankjes.

MANNEN

Aantal drankjes	lichaamsgewicht 45	54	63	72	81	90	99	108 kg
1	021	015	010	007	004	002	001	000
2	058	046	036	030	024	020	018	014
3	095	077	062	053	044	038	035	029
4	132	108	088	076	064	056	052	044
5	169	139	114	099	084	074	069	059
6	206	170	140	122	104	092	086	074
7	243	201	166	145	124	11	103	089
8	280	232	192	168	144	128	120	104
9	317	263	218	191	164	146	137	119
10	354	294	244	214	184	164	154	134
11	391	325	270	237	204	182	171	149
12	428	356	296	260	224	200	188	164

VROUWEN

Aantal drankjes	lichaamsgewicht 45	54	63	72	81	90	99	108 kg
1	029	021	016	012	009	006	004	002
2	074	058	048	040	034	028	024	020
3	119	095	080	068	059	050	044	038
4	164	132	112	096	084	072	064	056
5	209	169	144	124	109	094	084	074
6	253	206	176	152	134	116	104	092
7	299	243	208	180	159	138	124	110
8	344	280	240	208	184	160	144	128
9	389	317	272	236	209	182	164	146
10	434	354	304	264	234	204	184	164
11	479	391	336	292	259	226	204	182
12	524	428	368	320	284	248	224	200

Tabel 1-2
Geschat Bloed Alcohol Concentratie (mgL) bereikt na twee uur drinken, volgens lichaamsgewicht en aantal geconsumeerde drankjes.

MANNEN

Aantal drankjes	lichaamsgewicht 45	54	63	72	81	90	99	108 kg
1	005	000	000	000	000	000	000	000
2	042	030	020	014	008	004	002	000
3	079	061	046	037	028	022	019	013
4	116	092	072	060	048	040	036	028
5	153	123	098	083	068	058	053	043
6	190	154	114	106	088	076	070	058
7	227	185	150	129	108	094	087	073
8	264	216	176	152	128	112	104	088
9	301	247	202	175	148	130	121	103
10	338	278	228	198	168	148	138	118
11	375	309	254	221	188	166	155	133
12	412	340	280	244	208	184	172	148

VROUWEN

Aantal drankjes	lichaamsgewicht 45	54	63	72	81	90	99	108 kg
1	013	005	000	000	000	000	000	000
2	058	042	032	024	018	012	008	004
3	103	079	064	052	043	034	028	022
4	148	116	096	080	068	056	048	040
5	193	153	128	108	093	078	068	058
6	238	190	160	136	118	100	088	076
7	283	227	192	164	143	122	108	094
8	328	265	224	192	168	144	128	112
9	373	301	256	220	193	166	148	130
10	418	338	288	248	218	188	168	148
11	463	375	320	276	243	210	188	166
12	508	412	352	304	268	232	208	184

Tabel 1-3
Geschat Bloed Alcohol Concentratie (mgl) bereikt na drie uur drinken, volgens lichaamsgewicht en aantal geconsumeerde drankjes.

MANNEN

Aantal drankjes	lichaamsgewicht 45	54	63	72	81	90	99	108 kg
2	026	014	004	000	000	000	000	000
3	063	045	030	021	012	006	003	000
4	100	076	056	044	032	024	020	012
5	137	107	082	067	052	042	037	027
6	174	138	108	090	072	060	054	042
7	211	169	134	113	092	078	071	057
8	248	200	160	136	112	096	088	072
9	285	231	186	159	132	114	105	087
10	322	262	212	182	152	132	122	102
11	359	293	238	205	172	150	139	117
12	396	324	264	228	192	168	156	132
13	433	355	290	251	212	186	173	147
14	470	386	316	274	232	204	190	162

VROUWEN

Aantal drankjes	lichaamsgewicht 45	54	63	72	81	90	99	108 kg
2	042	026	016	008	002	000	000	000
3	087	063	048	036	027	018	012	006
4	132	100	080	064	052	040	032	024
5	117	137	112	092	077	062	053	042
6	222	174	144	120	102	084	072	060
7	267	211	176	148	127	106	092	078
8	313	248	208	176	152	128	112	096
9	357	285	240	204	177	150	132	114
10	402	322	272	232	202	172	152	132
11	447	359	304	260	227	194	172	150
12	492	396	336	288	252	216	192	168
13	537	433	368	316	277	238	212	186
14	582	470	400	344	302	260	232	204

Tabel 1-4
Geschat Bloed Alcohol Concentratie (mgl) bereikt na vier uur drinken, volgens lichaamsgewicht en aantal geconsumeerde drankjes.

MANNEN

Aantal drankjes	lichaamsgewicht 45	54	63	72	81	90	99	108 kg
2	010	000	000	000	000	000	000	000
3	047	029	014	005	000	000	000	000
4	084	060	040	028	016	008	004	000
5	121	091	066	051	036	026	021	011
6	158	122	092	074	056	044	038	026
7	195	153	118	097	076	062	055	041
8	232	184	144	120	096	080	072	056
9	269	215	170	143	116	098	089	071
10	306	246	196	166	136	116	106	086
11	343	277	222	189	156	134	123	101
12	380	308	248	212	176	152	140	116
13	417	339	274	235	196	170	157	131
14	454	370	300	258	216	188	174	146
15	491	401	326	281	236	206	191	161
16	528	432	352	304	256	224	241	176

VROUWEN

Aantal drankjes	lichaamsgewicht 45	54	63	72	81	90	99	108 kg
2	026	010	000	000	000	000	000	000
3	071	047	032	020	011	002	000	000
4	116	084	064	048	036	024	016	008
5	161	121	096	076	061	046	036	026
6	206	158	128	104	086	068	056	044
7	251	195	160	132	111	090	076	062
8	296	232	192	160	136	112	096	080
9	341	269	224	188	161	134	116	098
10	386	306	256	216	186	156	136	116
11	431	343	288	244	211	178	156	134
12	476	380	320	272	236	200	176	152
13	521	417	352	300	261	222	196	170
14	566	454	384	328	286	244	216	188
15	611	491	416	356	311	266	236	206
16	656	528	448	384	336	288	256	224